



Open Access Repository
www.ssoar.info

Die Geschlechts- und Altersabhängigkeit des stationären Behandlungsaufkommens in den Berliner Krankenhäusern: Ergebnisse der Diagnosestatistik 1999

Bömermann, Hartmut

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Bömermann, H. (2001). Die Geschlechts- und Altersabhängigkeit des stationären Behandlungsaufkommens in den Berliner Krankenhäusern: Ergebnisse der Diagnosestatistik 1999. *Berliner Statistik / Statistische Monatsschrift*, (8), 348-353. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-61259-5>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY Lizenz (Namensnennung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY Licence (Attribution). For more Information see:
<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>

Hartmut Bömermann

Die Geschlechts- und Altersabhängigkeit des stationären Behandlungsaufkommens in den Berliner Krankenhäusern Ergebnisse der Diagnosestatistik 1999

„Erklärung“ nennen wir's: aber „Beschreibung“ ist es, was uns vor älteren Stufen der Erkenntnis auszeichnet.

Friedrich Nietzsche, Die fröhliche Wissenschaft, Aphorismus 112

Vorbemerkung

Der folgende Beitrag einer grafisch-explorativen Datenanalyse der Diagnosestatistik gibt detaillierte Einblicke in die Altersstruktur männlicher und weiblicher Patienten der Berliner Krankenhäuser. Grafische Darstellungen können Feinstrukturen sichtbar machen, die bei summarischen Maßen zur Lage und Verteilung verborgen bleiben.

Modellhaftes Abbild durch Diagnosestatistik

Die Diagnosestatistik ist Teil der jährlichen bundeseinheitlichen Krankenhausstatistik, Rechtsgrundlage ist die Krankenhausstatistik-Verordnung (KHStatV) vom 10. April 1990 [1]. Gebildet wird die empirische Grundgesamtheit dieser Statistik durch die aus der vollstationären Behandlung entlassenen Patienten.¹ Wird ein Patient mehrfach im Laufe eines Jahres behandelt, dann wird er auch mehrfach erfasst, und zwar bei jeder Entlassung. Ist eine regelmäßige vollstationäre Behandlung erforderlich, wie bei bestimmten chronischen Erkrankungen, dann wird der Patient vierteljährlich als ein Fall gezählt. Durch diese besondere Zählweise wird der Einfluss kontinuierlicher Behandlungen auf die Gesamtleistung der Krankenhäuser im Bereich der stationären Versorgung herab gewichtet. Die Akkumulation der entlassenen Behandlungsfälle über das Berichtsjahr führt dazu, dass sich das Beobachtungsgesamt aus je unabhängigen Fällen zusammensetzt. Der Merkmalsträger ist der entlassene Behandlungsfall. Aus den Krankheitshäufigkeiten der Diagnosestatistik kann folglich nicht direkt auf die Auftretenshäufigkeit von Erkrankungen in der Bevölkerung – i. S. von Inzidenzen – geschlossen werden; dies

wäre nur möglich, wenn Diagnosedaten einem einzelnen Patienten zuordenbar wären; ein identifikatorisches Merkmal ist – aus Gründen des Datenschutzes – in der Erhebung aber nicht vorhanden. Da auch das Geburtsdatum nur monatsgenau erhoben wird, sind Rekonstruktionen einer Fallidentität unter Verwendung von Plausibilitätsannahmen nicht möglich.

Die Beziehung ist nicht:
eindeutig zuordenbar (1:1)



Aussage:

Bevölkerungsindividuen werden krank

sondern:

mehrfach zuordenbar (1:n)



Aussage:

Bevölkerung bringt Patientenfälle hervor

Eine Untersuchung der Beziehung zwischen Bevölkerungsstruktur und Fallaufkommen ist im Folgenden nicht vorgesehen, da in den Berliner Krankenhäusern nicht nur Patienten aus Berlin, sondern auch aus anderen Bundesländern behandelt werden. Wollte man die Beziehung zwischen Bevölkerung und Patientenfällen betrachten, müssten die gemeldeten Diagnosedaten um die Nichtberliner bereinigt und um die Berliner, die in anderen Bundesländern und dem Ausland behandelt wurden, erweitert werden.

Der Statistik gemeldet wird die Hauptdiagnose, die für einen Patienten gestellt wurde. Unter Hauptdiagnose wird diejenige Diagnose verstanden, auf die der überwiegende Teil der Verweildauer bzw. der medizinischen Leistungen zurechenbar ist. Die mögliche Komplexität eines Krankheitsbildes wird somit auf eine einzige Diagnose je Behandlungsfall reduziert. Die Beziehung zwischen Verweildauer – eine der wichtigsten Messgrößen in der gegenwärtigen Krankenhaus-Diskussion – und der Diagnose bleibt hierbei per definitionem erhalten.

Die Diagnose wird in den Krankenhäusern nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten und Todesursachen – ICD-9² – klassifiziert und kodiert. In der verwendeten Version verfügt die ICD über 981 Kategorien. Empirisch besetzt waren davon im Berichtsjahr 1999 in Berlin 945 Kategorien. Nicht besetzt waren beispielsweise Ausprägungen wie „Pest“ (ICD 020) oder „Cholera“ (ICD 001). Die Kategorien wurden bei der Diagnosestellung ganz unterschiedlich ausgeschöpft. Werden die Behandlungshäufigkeiten nach der ICD-9 absteigend sortiert, dann entfallen 80 % aller Behandlungsfälle auf nur 20 % der Kategorien, 90 % der Fälle erstrecken sich über 32 % der Klassifikationsausprägungen und noch für 95 % der Fälle reichen 43 % der Ausprägungen. Somit verteilen sich die fehlenden 5 % aller Behandlungsfälle über 57 % aller Kategorien. Die Verteilung weist damit eine deutliche Konzentration auf. Am stärksten besetzt ist die Einzeldiagnose ICD 414 – „Sonstige Formen von chronischen ischämischen Herzkrankheiten“ mit 26 284 Fällen. Die häufigste Hauptdiagnose ist folglich eine Restkategorie, die nicht weiter differenziert ist³.

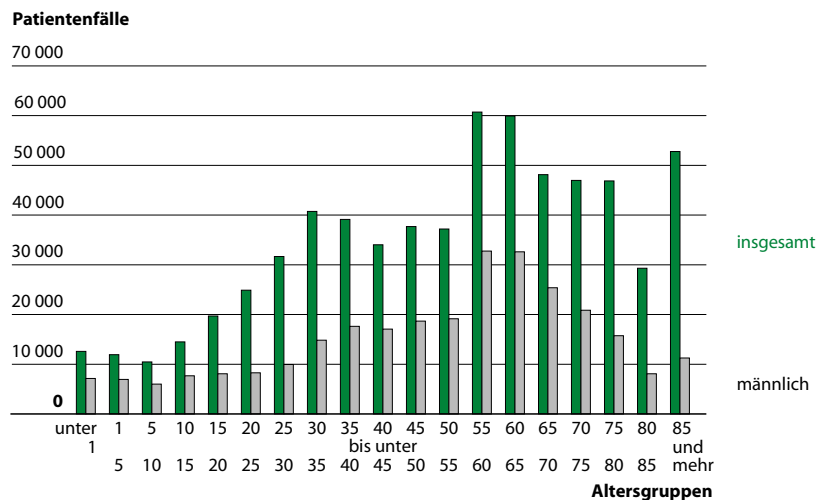
In der Summe bleibt festzuhalten, dass die Diagnosestatistik nicht eine naturalistisch verstandene Realität des individuellen Krankengeschehens widerspiegelt, sondern ein modelliertes Abbild der Krankenhausanspruchnahme erstellt.

In diesem Beitrag sollen statt des ICD-3-Stellers die 17 Hauptdiagnoseklassen verwendet werden. Für den Vergleich des Gesamtspektrums der Krankheitsbehandlungen ist die zusammengefasste Form günstiger.

Zunächst sollen die Leitmerkmale Hauptdiagnoseklassen, Geschlecht und Alter beschrieben werden.

- I. Infektiöse und parasitäre Krankheiten
- II. Neubildungen
- III. Endokrinopathien, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten sowie Störungen im Immunsystem
- IV. Krankheiten des Blutes und blutbildenden Organe
- V. Psychiatrische Krankheiten
- VI. Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane
- VII. Krankheiten des Kreislaufsystems
- VIII. Krankheiten der Atmungsorgane
- IX. Krankheiten der Verdauungsorgane
- X. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane
- XI. Komplikationen der Schwangerschaft, der Entbindung und im Wochenbett
- XII. Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes
- XIII. Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes
- XIV. Kongenitale Anomalien
- XV. Bestimmte Affektionen, die ihren Ursprung in der Perinatalzeit haben
- XVI. Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen
- XVII. Verletzungen und Vergiftungen

Abb. 1 **Aus Krankenhäusern entlassene vollstationäre Patientenfälle¹ in Berlin 1999 nach Alter und Geschlecht**



1 einschließlich Sterbefälle, ohne Stundenfälle

Krankheiten des Kreislaufsystems häufigster Behandlungsanlass

Die „Krankheiten des Kreislaufsystems“ (ICD 390 – 459) waren im Jahr 1999, wie auch in den Vorjahren, häufigster Grund für die Inanspruchnahme einer vollstationären Behandlung. Von den 693 393 Fällen entfielen 116 996 (16,9 %) auf diese Hauptdiagnoseklasse (Tabelle 1). Zweithäufigster Anlass war die Behandlung von gut- und bösartigen Neubildungen (ICD 140 – 239) mit 12,7 %. Nur 0,6 % der Fälle entfielen auf die „Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe“.

Auf der Ebene der Einzeldiagnosen nach dem 3-Steller der ICD belegen die oben genannten „Sonstigen Formen von chronischen ischämischen Herzkrankheiten“ (ICD 414) den ersten Rang. Auf dem zweiten Platz steht die Diagnose „Herzinsuffizienz“ (ICD 428) mit 12 125 Fällen. Bei den Neubildungen nimmt die „Bösartige Neubildung der weiblichen Brustdrüse“ (ICD 174) mit 12 279 Fällen den ersten Platz ein.

Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten überwiegend bei weiblichen Patienten

Dass das Geschlecht einen Einfluss auf die Häufigkeitsverteilung hat, ist zu erwarten, wenn die anatomische Ausdifferenzierung dies nahe legt, wie bei der ICD 174. Auf der Aggregationsebene der Hauptdiagnoseklassen ist mit Ausnahme der Kategorie „Komplikationen der Schwangerschaft, der Entbindung und im Wochenbett“ keine geschlechtlich-anatomische Ausschließlichkeit mehr wirksam. Bei einer Unabhängigkeit der Behandlungshäufigkeit vom Geschlecht müssten die Anteile der männlichen und weiblichen Patientenfälle in etwa – der Bevölkerungszusammensetzung entsprechend – gleich sein. Dieser Annahme liegt allerdings eine vereinfachende Betrachtungsweise zugrunde, da die altersspezifischen Bevölkerungsgruppen, die die Behandlungsfälle hervorbringen, nicht gleich groß sind.

Der Anteil der männlichen Patientenfälle an allen Behandlungsfällen betrug 43,7 %, entsprechend waren 56,3 % weiblich (Tabelle 1). Den größten Anteil hatten die weiblichen Patienten mit 66,3 % in der Diagnoseklasse „Endokrinopathien, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten sowie Störungen im Immunsystem“. Bei den „Psychiatrischen Krankheiten“ waren die männlichen Patientenfälle stärker vertreten, auf sie entfielen 54,6 % aller Behandlungen. Noch etwas höher lag der Anteil der männlichen Fälle bei den „Bestimmten Affektionen mit Ursprung in der Perinatalzeit“ (54,7 %), allerdings ist die Fallzahl hier vergleichsweise gering.

Eine Aufgliederung der Diagnoseklasse „Psychiatrische Krankheiten“ führt bei den männlichen Patienten auf die Diagnose ICD 303 – Alkoholabhängigkeit – als häufigstem Behandlungsanlass (6 432 Fälle). Als Modalkategorie ergibt sich die Altersgruppe der 40- bis unter 45-jährigen Männer (1 634 Fälle).

Im Folgenden sollen die so genannten Stundenfälle ausgeschlossen werden. Von Stundenfällen wird gesprochen, wenn ein Patient noch am Tag der vollstationären Aufnahme wieder entlassen wird. Im Berichtsjahr 1999 waren dies 34 191 Fälle (4,9 %; Tabelle 1). Der Ausschluss ist vor allem im Zusammenhang mit der Berechnung der Verweildauerzeiten zu sehen, da die Stundenfälle für die Berechnung subtrahiert werden.

Mehr als die Hälfte der Patienten 55 Jahre und älter

Dass das Alter einen erheblichen Einfluss auf die Zusammensetzung des Patientenkollektivs hat, wird in der Tabelle 2 deutlich. Am stärksten vertreten sind die Altersgruppen 55 bis unter 65 Jahre mit zusammen 18,3 %. Wird die Altersverteilung kumuliert, dann zeigt sich, dass 52,3 % 55 Jahre und älter sind. Jeder fünfte Fall (19,6 %) kommt sogar aus der Altersgruppe 75 Jahre und älter.

Die grafische Darstellung (Abbildung 1) veranschaulicht die Verteilung der Fälle über die Altersgruppen. Die Verteilung ist trimodal.

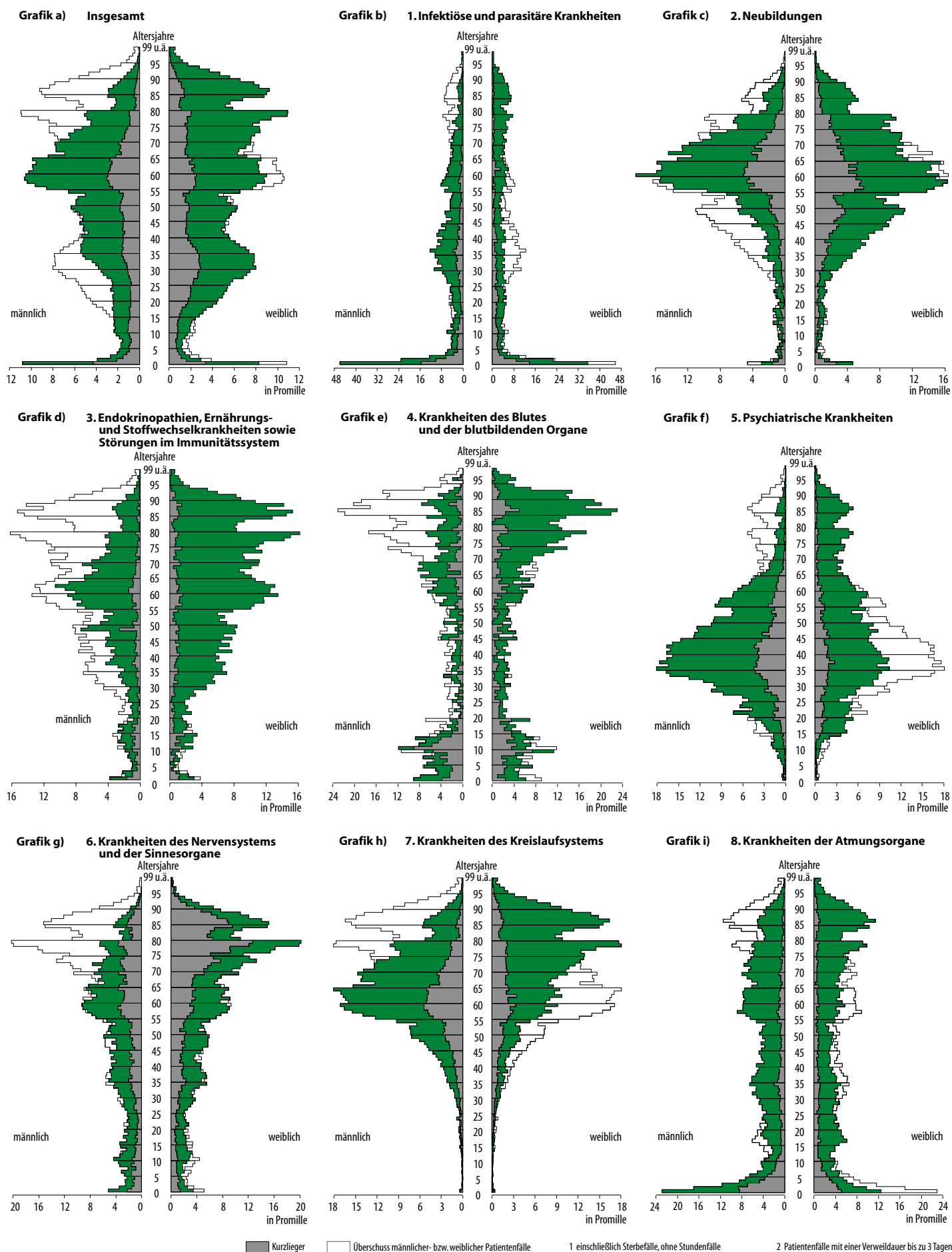
Unter den hochjährigen Patientenfällen überwiegend Frauen

Der Anteil der männlichen Patienten überwiegt den Anteil der weiblichen in den Altersgruppen bis unter 20 Jahre und dann wieder ab dem 40. Lebensjahr. Im Intervall zwischen diesen Altersklassen übersteigt dagegen der Anteil der Frauen den der Männer. Die Ursache hierfür ist die hohe Zahl von Frauen in dieser Altersgruppe, die wegen Schwangerschaften und Geburten stationär betreut werden. Ab dem 70. Lebensjahr fällt der Männeranteil bis auf 21,3 % in der Gruppe der 85-Jährigen und älteren ab. Der starke Rückgang des Männeranteils beruht auf der unterschiedlichen Lebenserwartung der Geschlechter. Bezogen auf Berlin unterschreitet ab dem 60. Lebensjahr der Anteil der Männer an der Berliner Bevölkerung die 50 %-Marke und fällt kontinuierlich bis auf 20,3 % bei den 85-Jährigen und älteren.

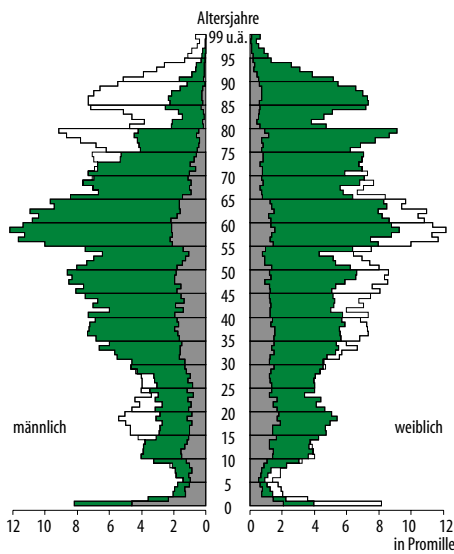
1 Verstorbene Patienten werden als Entlassungen gezählt.
2 Eine Dokumentation der International Classification of Diseases in der Version 9 (ICD-9) ist unter www.dimdi.de beim Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation (DIMDI) abrufbar.

3 Mit dem Berichtsjahr 2000 werden die Diagnosen nach der ICD-10 verschlüsselt, die erheblich stärker differenziert ist; die Differenzierungsleistung wird von den Krankenhäusern erbracht werden müssen.

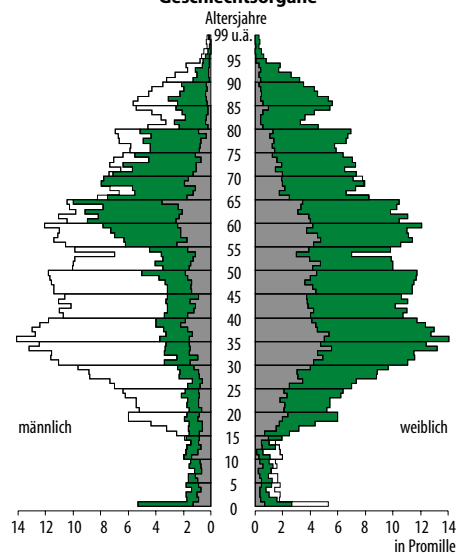
Abb. 2 Aus Berliner Krankenhäusern entlassene vollstationäre Patientenfälle¹ 1999 nach Diagnoseklassen, Altersjahren, Geschlecht sowie Kurzliegern²



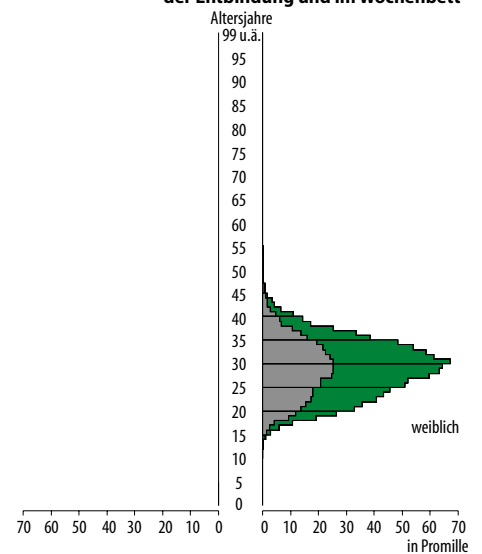
Grafik j) 9. Krankheiten der Verdauungsorgane



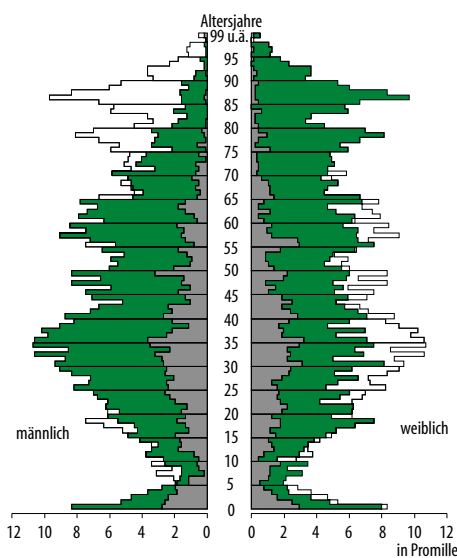
Grafik k) 10. Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane



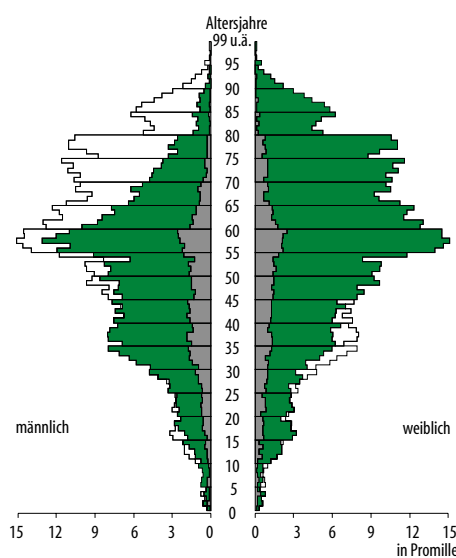
Grafik l) 11. Komplikationen der Schwangerschaft, der Entbindung und im Wochenbett



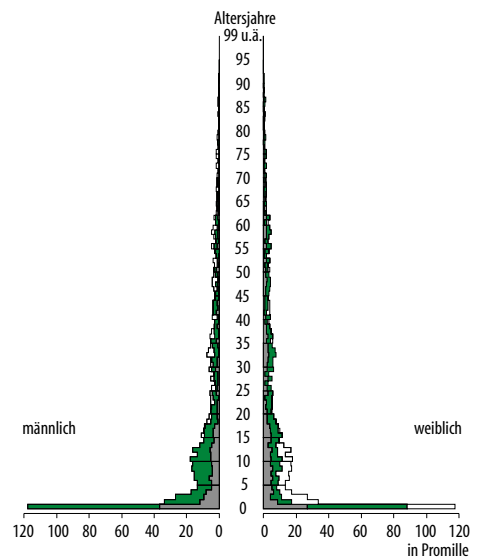
Grafik m) 12. Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes



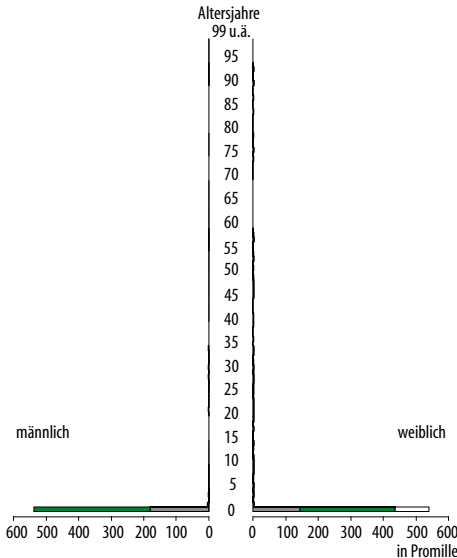
Grafik n) 13. Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes



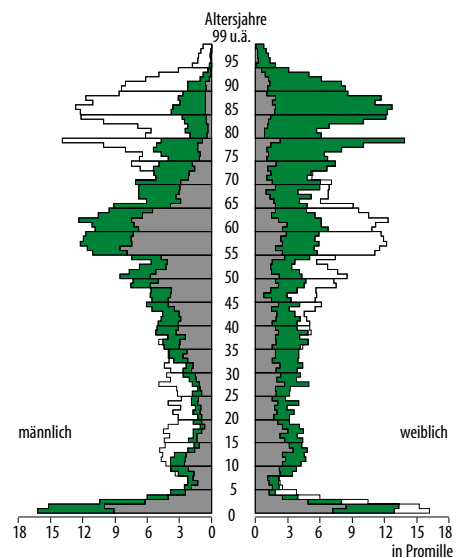
Grafik o) 14. Kongenitale Anomalien



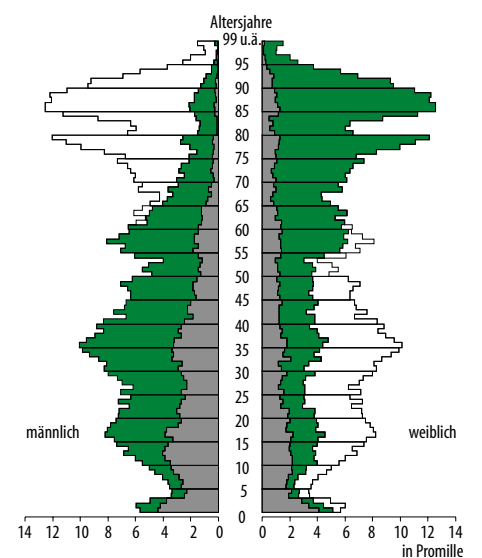
Grafik p) 15. Bestimmte Affektionen mit Ursprung in der Perinatalzeit



Grafik q) 16. Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen



Grafik r) 17. Verletzungen und Vergiftungen



Grafische Darstellung ermöglicht detaillierte Einblicke in die Struktur der Daten

Mit Hilfe einer grafischen Aufbereitung der Daten soll die Struktur der Behandlungsfälle näher beschrieben werden. Vier Merkmale gehen in die Darstellung ein:

Als Grafiktyp für

die vier Merkmalsdimensionen wird die Lebensbaumdarstellung verwendet. Für

jede Hauptdiagno-

seklasse wird eine separate Grafik erstellt; alle Grafiken ergeben eine Vergleichstafel. Beschrieben werden sie unter folgenden leitenden Gesichtspunkten:

Das Schwere-

wicht liegt auf der

Verteilungsform, dem

Muster der Vertei-

lung, und dem Ver-

gleich zwischen den Hauptdiagnoseklassen.

In den Lebensbaumdiagrammen wird der Anteil jeder Altersjahrguppe am Gesamtaufkommen – unterteilt nach dem Geschlecht – als Flächenanteil dargestellt. Die Gesamtfläche entspricht 1 000 ‰ (= 100 ‰); die aufaddierte Fläche des männlichen Halbdigramms beispielsweise entspricht dem Anteil der männlichen Patienten (437 ‰). Für jede geschlechtsspezifische Altersgruppe ist zudem der Anteil der Kurzlieger, das sind Patienten, die längstens drei Tage in vollstationärer Behandlung waren, ausgewiesen. Der Kurvenzug jedes Halbdigramms ist auf die andere Hälfte gespiegelt und wird als nichtgefüllter Bereich dargestellt. Die Spiegelung ermöglicht eine leichte Identifizierung der Abweichungen von einer Verteilungssymmetrie.

- Hauptdiagnoseklasse 17 Kategorien
- Alter 100 Kategorien
- Geschlecht 2 Kategorien
- Kurzlieger 2 Kategorien

- Lage: Modalkategorie
- Verteilung: Maxima – Minima gleichverteilt, unimodal, mehrmodal; Flankensteilheit

Nur geringe Verteilungskonzentration bei infektiösen und parasitären Krankheiten

Die Modalkategorie der Diagnoseklasse I. Infektiöse und parasitäre Krankheiten ist die Altersgruppe der Neugeborenen (Abbildung 2b). Der Anteil der Jungen überwiegt den der Mädchen. Über die restliche Altersskala verteilen sich die Fallanteile vergleichsweise uniform. Lediglich im Abschnitt zwischen dem 25. und 45. Lebensjahr ist bei den Männern ein gehäuftes Auftreten festzustellen.

Sprunghafter Anstieg bei den Neubildungen um das 55. Lebensjahr

Bei den Neubildungen (gutartige und maligne sind zusammengefasst) steigt um das 55. Lebensjahr der Fallanteil sprunghaft an (Abbildung 2c). In den Altersgruppen 25 bis unter 55 ist der Anteil der weiblichen Behandlungsfälle erheblich höher; in den höheren Altersgruppen ist die Verteilung vergleichsweise weniger asymmetrisch.

Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten ab 25. Altersjahr ansteigend

In der Diagnoseklasse III. Endokrinopathien, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten sowie Störungen im Immunitätssystem lässt sich über nahezu die gesamte Altersskala ein Überwiegen der Frauen an den Behandlungsfällen erkennen (Abbildung 2d). Die relative Anteil nimmt bei den Frauen ab dem 25. Altersjahr rasch zu und verbleibt auf hohem Niveau.

Tab. 1

Aus Berliner Krankenhäusern entlassene vollstationäre Patientenfälle¹ 1999 nach Diagnoseklassen und Geschlecht

Pos.-Nr. der ICD-9	Diagnoseklasse	Insgesamt		Darunter männlich	
		absolut	in %	absolut	in % der Diagnose- klasse
	Patientenfälle (ohne Stundenfälle)	659 202	95,1	288 085	43,7
001 - 139 I.	Infektiöse und parasitäre Krankheiten	12 117	1,7	6 434	53,1
140 - 239 II.	Neubildungen	88 397	12,7	38 525	43,6
240 - 279 III.	Endokrinopathien, Ernährungs- u. Stoffwechselkrankheiten sowie Störungen im Immunitätssystem	17 759	2,6	5 986	33,7
280 - 289 IV.	Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	4 211	0,6	1 566	37,2
290 - 319 V.	Psychiatrische Krankheiten	40 855	5,9	22 302	54,6
320 - 389 VI.	Krankheiten des Nervensystems und der Sinnesorgane	45 019	6,5	18 504	41,1
390 - 459 VII.	Krankheiten des Kreislaufsystems ...	116 996	16,9	59 067	50,5
460 - 519 VIII.	Krankheiten der Atmungsorgane ...	38 114	5,5	19 560	51,3
520 - 579 IX.	Krankheiten der Verdauungsorgane	64 164	9,3	31 591	49,2
580 - 629 X.	Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane	36 671	5,3	12 423	33,9
630 - 676 XI.	Komplikationen der Schwangerschaft, der Entbindung und im Wochenbett	41 565	6,0	–	–
680 - 709 XII.	Krankheiten der Haut und des Unterhautzellgewebes	9 608	1,4	4 774	49,7
710 - 739 XIII.	Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes ..	45 295	6,5	18 962	41,9
740 - 759 XIV.	Kongenitale Anomalien	6 443	0,9	3 447	53,5
760 - 779 XV.	Bestimmte Affektionen mit Ursprung in der Perinatalzeit	5 169	0,7	2 830	54,7
780 - 799 XVI.	Symptome und schlecht bezeichnete Affektionen	18 191	2,6	8 657	47,6
800 - 999 XVII.	Verletzungen und Vergiftungen	61 441	8,9	30 465	49,6
V01 - V82	Nichtkranke Zustände	7 180	1,0	2 989	41,6
	Ohne Angabe der Diagnose	7	–	3	42,9
	Stundenfälle	34 191	4,9	15 098	44,2
	Insgesamt	693 393	100	303 183	43,7

¹ einschließlich Sterbefälle

Steiler Anstieg der Krankheitsfälle um das 55. Lebensjahr

In der Abbildung 2a sind alle Patienten dargestellt, die 1999 aus vollstationärer Behandlung in einem Berliner Krankenhaus entlassen wurden. Sowohl bei den männlichen wie den weiblichen Patienten werden hohe Werte bei den Neugeborenen erreicht; für die folgenden Altersjahre fallen die Anteile stark ab. Bei den männlichen Behandlungsfällen sind Abschnitte des starken Anstiegs die Altersjahre zwischen dem 27. und dem 35. Lebensjahr; und dann wieder – und hier besonders dramatisch – der Abschnitt um das 55. Lebensjahr. Der Anteil der weiblichen Patientenfälle erreicht – abgesehen von den Neugeborenen – einen ersten Höhepunkt zwischen dem 30. und 35. Lebensjahr. Auch bei den Frauen stellt der Zeitabschnitt um das 55. Lebensjahr eine Zäsur dar, der Anteil nimmt sprunghaft zu und bleibt bei den folgenden Altersjahrguppen auf hohem Niveau. Ein Übergewicht der männlichen Fälle gegenüber den weiblichen gibt es, erkennbar am gespiegelten Kurvenzug, bei den Neugeborenen und bei den Fällen zwischen dem 55. und 70. Lebensjahr.

Tab. 2 **Aus Krankenhäusern entlassene vollstationäre Patientenfälle¹ in Berlin 1999 nach Altersgruppen und Geschlecht**

Alter von ... bis unter ... Jahren	Insgesamt		Darunter männlich	
	absolut	in %	absolut	in % der Altersgruppe
unter 1	12 591	1,9	7 133	56,7
1 - 5	11 911	1,8	6 941	58,3
5 - 10	10 457	1,6	6 002	57,4
10 - 15	14 488	2,2	7 671	52,9
15 - 20	19 695	3,0	8 072	41,0
20 - 25	24 887	3,8	8 283	33,3
25 - 30	31 667	4,8	9 940	31,4
30 - 35	40 744	6,2	14 845	36,4
35 - 40	39 137	5,9	17 628	45,0
40 - 45	34 025	5,2	17 072	50,2
45 - 50	37 689	5,7	18 672	49,5
50 - 55	37 193	5,6	19 138	51,5
55 - 60	60 718	9,2	32 770	54,0
60 - 65	59 933	9,1	32 605	54,4
65 - 70	48 122	7,3	25 393	52,8
70 - 75	46 983	7,1	20 863	44,4
75 - 80	46 862	7,1	15 726	33,6
80 - 85	29 313	4,4	8 074	27,5
85 und mehr	52 786	8,0	11 257	21,3
Insgesamt ²	659 202	100	288 085	43,7

1 einschließlich Sterbefälle, ohne Stundenfälle

2 einschließlich der Patientenfälle ohne Angaben des Alters

Psychiatrische Krankheiten überwiegend bei Männern

Der Schwerpunkt der Verteilung männlicher Behandlungsfälle mit „Psychiatrischen Krankheiten“ liegt in den mittleren Altersjahren (Abbildung 2f). In diesem Bereich der Skala, also zwischen dem 25. und 60. Lebensjahr, prägen die männlichen Patienten das Behandlungsaufkommen, die Verteilung ist hier nicht symmetrisch. Ursächlich für die hohe asymmetrische Inanspruchnahme sind Erkrankungsformen des Alkoholismus.

Krankheiten des Kreislaufsystems bei Männern und Frauen zeitversetzt

Betrachtet man das Muster der Erkrankungen des Kreislaufsystems (Abbildung 2h), dann fällt auf, dass die Asymmetrie der Verteilung wesentlich durch einen zeitlichen Versatz zwischen den Geschlechtern verursacht wird. Bei den Männern liegen die höchsten Werte im Bereich um die 65 Jahre, während bei den Frauen die Verteilungsspitzen oberhalb von 75 Altersjahren erreicht werden.

Starker Anstieg bei den Verletzungen und Vergiftungen in den oberen Altersjahren

Bei den „Verletzungen und Vergiftungen“ (Abbildung 2r) haben zunächst die männlichen Krankheitsfälle das Übergewicht, dies ändert sich oberhalb des 65. Altersjahres, hier überwiegen die Frauen. Bei den weiblichen Behandlungsfällen ist ein kontinuierlicher Anstieg feststellbar, während bei den männlichen Patienten ein erster Gipfelwert bei 16 Jahren liegt und der nächste bei 35 Jahren erreicht wird.

Zusammenfassung

Anders als bei Tabellen können Verteilungsmuster durch grafische-explorative Datenanalysen ausgesprochen detailliert erkannt werden. Diese Verteilungsmuster ergeben charakteristische Figuren, die sehr einprägsam sind und die die Besonderheiten von Krankheiten nach Alter und Geschlecht leicht erkennen lassen.

Quellennachweis

- [1] Verordnung über die Bundesstatistik für Krankenhäuser (Krankenhausstatistik-Verordnung – KHStatV) vom 10. April 1990 (BGBl. I S. 730).